

الأوراق المطلوبة للأطباء العاملين بوزارة الصحة يناير 2019

ملحوظة

تقدم أوراق الإلتحاق في حافظة بلاستيك وبنفس الترتيب المذكور بخط واضح .

- 1- طلب الإلتحاق والاقرار الموجود بإستمارة الإلتحاق معتمد ومختوم من جهة العمل الاصلية.
- 2- بيان الحالة الوظيفية (لجميع المؤهلات) من واقع ملف الطبيب معتمد من جهة عمله الاصلية يذكر فيه بوضوح تام بأن :
 - أ - الطبيب مقيم في التخصص المطلوب في حركة نيابات دور _____ سنة _____
وأن التاريخ الفعلى لإستلام النيابة هو / / وليس تاريخ حركة النيابة.
 - ب - أنه أخصائى أو مساعد اخصائى في التخصص .
- (ضرورة كتابة هذا البند (2) بوضوح تام)
- 3 -أصول المؤهل الدارسى
- 4 -أصل شهادة الإمتياز
- 5 - للمتقدمين بالبيكالوريوس :- بيان درجات به تقدير المادة ذات العلاقة بالتخصص المتقدم كونها إحدى المواد التى تدرس منفصلة فى الكلية مثل طب وجراحة العيون - الانف والاذن والحنجرة- تنظيم الاسرة
الباطنة التخصصية- الجراحات التخصصية .
- 6 - أصل شهادة الميلاد.
- 7 - عدد ثلاثة صور شخصية حديثة 4 × 6.
- 8 - صورة تحقيق الشخصية.
- 9 - الموقف من التجنيد للذكور (صورة طبق الاصل للعاملين بوزارة الصحة) .
- 10 - أصل شهادة المعادلة للأطباء خريجي الجامعات الخاصة.

بيان حالة وظيفية

الاسم :

الوظيفة :

المؤهل المرشح به للتدريب : بكالوريوس - دبلوم - ماجستير -

طبيب مقيم :

جهة العمل الاصلية :

جهة الانتداب ان وجد :

تاريخ حركة النيابة :

التاريخ الفعلي لاستلام النيابة :

موقف الطبيب من الاجازات بدون مرتب :

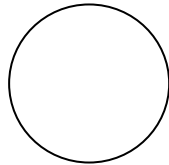
ملحوظة : يملئ بمعرفة المختص بمديرية الشؤون الصحية التابع لها الطبيب

توقيع الموظف المختص

يعتمد ،،،

مدير الشؤون الصحية ب

ختم شعار الجمهورية



طلب التحاق بالزمالة المصرية يناير 2019

السيد الدكتور / مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

تحية طيبة وبعد،،،

مقدمه لسيادتكم الطبيب:.....آخر مؤهل حاصل عليه:.....

جهة العمل الأصلية :مديرية:.....ومنتدب إلى:.....

وأعمل حالياً بمستشفى:.....مديرية:.....

(أ) طبيب مقيم فى تخصص ضمن حركة نيابات

تاريخ الاستلام الفعلى للنيابة هو / /

(ب) أو مساعد اخصائى أو اخصائى أو استشارى تخصص

تاريخ الميلاد / / 19م

عنوان السكن :

التليفون :المحمول:

البريد الإلكتروني:

توقيع الطبيب :

يعتمد،،،

رئيس الهيئة / مدير مديرية الشؤون الصحية

-----/الأستاذ الدكتور/

بيانات الطبيب للزمالة المصرية يناير 2019

تملى بمعرفة المديرية أو الهيئة العامة للمستشفيات - التعليمية أو الهيئة العامة للتأمين الصحي

1. اسم الطبيب الرباعي:

المؤهل: - تاريخ الحصول عليه:

تاريخ الحصول عليه:

تاريخ الحصول عليه:

العمل القائم به في جهة العمل الأصلية :

(أ) طبيب مقيم فى تخصص ضمن حركة نيابات

تاريخ الاستلام الفعلى للنيابة هو / / بمستشفى: مديرية:

(ب) أو مساعد اخصائى أو اخصائى أو استشارى تخصص

العمل القائم به إذا كان الطبيب منتدبا: مديرية:

النموذج أعلاه مستكمل والبيانات المدونة صحيحة ومطابقة والمستندات مستوفا هبالمف المقدم للزمالة المصرية.

موظف السجلات

مدير شئون العاملين

الطبيب غير مقيد بالدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية حالياً.

مدير إدارة التدريب بالمديرية

أو الهيئة

وافق وترفع للسيد الأستاذ الدكتور/ مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

مدير مديرية الشئون الصحية أو رئيس الهيئة

خاتم الهيئة أو المديرية

الأستاذ الدكتور/

High Committee
Of Medical Specialties

الأمانة العامة للجنة العليا
للتخصصات الطبية

إقرار المتقدم للزمالة المصرية دفعة يناير 2019

أقر أنا الطبيب /..... التابع لمديرية أو هيئة.....

المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص للعام الدراسي 2019 - 2020

أولاً: أقر بأننى غير مسجل حالياً لدراسة الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية وأتعهد بعدم التسجيل لأى دراسة أخرى بعد إلتحاقى بالزمالة المصرية وطوال

فترة التدريب وحتى الانتهاء من الامتحانات ولايجوز لى التسجيل إلا فى حالة من ثلاث حالات وهى :-

1. انتهاء تدريبي فى برنامج المصرية وحصولى على شهادة الزمالة المصرية .
2. فصلى من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من اسباب الفصل.
3. اعتذارى عن استكمال برنامج الزمالة المصرية .

ثانياً : أقبّل التوزيع طبقاً للأماكن التدريبية المتاحة بالمستشفيات والمراكز التدريبية بالمحافظة التى يتم توزيعى عليها وطبقاً لقواعد التنسيق ولا يحق لى تعديل التخصص أو المحافظة التدريبية مع علمى التام بأن الزمالة المصرية غير مسنولة عن توفير سكن داخل المستشفيات التدريبية .

ثالثاً: أتعهد بالإلتزام بنظام الدوران الموضوع من المجلس العلمى للتخصص.

رابعاً: أتعهد بحضور المحاضرات النظرية والايام الاكلينيكية والدورات التدريبية وأى أنشطة أخرى مطلوبة من قبل الزمالة (ذات العلاقة فى التخصص)

1. يتم المراسلات من الزمالة المصرية على المستشفى التدريبي (خطاب - فاكس) وتكون هذه المراسلات ملزمة للمتدرب .
 2. فى حال التخلف عن تحقيق نسبة حضور الأنشطة المقررة ألتزم بتنفيذ العقوبات الموقعة على من المجلس العلمى وأقوم بحضورها على نفقتى الخاصة.
 3. فى حالة رغبتى فى حضور الدورة المكثفة للمرة الثانية أو فى أى مرة يكون الحضور على نفقتى الخاصة عن كل يوم من أيام الدورة .
- خامساً: أتعهد بالإلتزام بجميع تعليمات الزمالة والإنتظام فى التدريب والحضور للمستشفى أو المركز التدريبي فى أيام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجات المقررة.
- سادساً: أتعهد بسداد رسوم التدريب عن كل عام تدريبي قبل بداية العام وفى حالة عدم سداد الرسوم يتم إيقاف التدريب .
- سابعاً: أتعهد بإحضار كتيب الأنشطة Log Book معتمد من المدرب والمشرف ومدير المستشفى التدريبي فى حالة :-

1. النقل من مستشفى تدريبي الى مستشفى تدريبي أخر .
2. عند طلب المجلس العلمى لمراجعة كتيب الأنشطة .
3. قبل الجلوس لامتحان الجزء الثانى التحريرى .

ثامناً: أتعهد بالعمل بوحدة وزارة الصحة والسكان مدة ماثلة لمدة التدريب المقررة للتخصص بعد حصولى على شهادة الزمالة المصرية .

وفى حالة عدم قضاء مدة ماثلة لمدة التدريب طبقاً للتخصص أتعهد بسداد قيمة التدريب عن المدة التى قضيتها بالزمالة المصرية فى التخصص العام أو فى التخصص الدقيق طبقاً لرسوم التدريب المقررة لكل تخصص .

تاسعاً : سيتم مراجعة جميع الشهادات المتقدم بها من الجامعة المانحة لها قبل ظهور النتيجة.

عاشراً: أتعهد بأنه فى الحالات الآتية :-

1. حالة تخلفى (فصلى لأسباب تتعلق بعدم استيفائى متطلبات التدريب مثل عدم اجتيازى امتحان الجزء الاول أو الثانى فى المواعيد المقررة)
2. حالة إعتذارى عن إستكمال مدة تدريب الزمالة لأى سبب (عدا الأسباب الخارجة عن إرادتى كالمريض الذى يثبت بقرار من المجالس الطبية المتخصصة) .
3. حالة الفصل التأديبي من الزمالة نتيجة عدم التزامى بالقواعد المقررة بالتدريب (عدم الانضباط والالتزام بقواعد التدريب - الغياب عن التدريب بدون إذن مسبق

او تجاوزى الحد الاقصى لوقف القيد)

- سوف أقوم بسداد مبلغ 6000 جنيه مصرى (ستة آلاف جنيه مصرى) عن كل عام تدريبي فى التخصص العام .

- فى التخصصات الدقيقة فى حالة الاعتذار أو الفصل من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من الاسباب أتعهد بعدم مطالبتي باسترداد رسوم التدريب التى تم دفعها

وفى حالة حصول الطبيب على شهادة الزمالة المصرية يتعهد بالعمل مدة ماثلة للتدريب بالوزارة0

الحادى عشر : أطلعت على الشروط المنظمة لدخول الإمتحانات وسوف ألتزم بها .

الثانى عشر : أوافق على إتخاذ جميع الإجراءات الخاصة باللائحة المنظمة للزمالة ضدى فى حالة مخالفتى للشروط أو عدم إلتزامى بالحضور اليومي والنوبتجات فى المراكز التدريبية الموزع عليها.

الثالث عشر : أطلعت على جميع الشروط الموضحة بحركة الزمالة المصرية دفعة يناير 2019 وقبالتها.

المقر بما فيه الطبيب :-

التوقيع :-

رقم البطاقة القومى:-

إعتماد جهة العمل الأصلية